



**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ LEKARSKICH**  
**DO UDZIAŁU W STAŻU ZAGRANICZNYM**  
**REALIZOWANYM W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+**

NUMER WNIOSKU BUDŻETOWEGO

**2024-1-PL01-KA122-VET-000214881**

- Oświadczam, iż **nie istnieją medyczne przeszkody**, uniemożliwiające udział mojego syna/córki w 3-tygodniowym zagranicznym stażu realizowanego w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (*Sevilla*) w dniach od **2025-05-11 do 2025-05-31 (I tura) lub 2025-10-19 do 2025-11-08 (II tura)**.
- Oświadczam, iż syn/córka nie ma medycznych przeciwwskazań do podróżowania samolotem.

---

*data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Choroby przewlekłe ucznia:

- 
- 

Lekarstwa, które uczeń regularnie zażywa:

- 
- 

Informacja o uczuleniach i/lub alergiach oraz preferencjach żywieniowych (celem ewentualnego indywidualnego dostosowania żywienia):

- 
- 

---

*data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*